



TITLE:

Ulcerative Colitis 電撃型に対して結腸亜全剝を行ない, 二次的に肛門再建の一症例

AUTHOR(S):

立道, 清; 武田, 惇; 恒川, 謙吾

CITATION:

立道, 清 ...[et al]. Ulcerative Colitis 電撃型に対して結腸亜全剝を行ない, 二次的に肛門再建の一症例. 日本外科宝函 1966, 35(4): 755-758

ISSUE DATE:

1966-07-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/207314>

RIGHT:

Ulcerative Colitis 電撃型に対して結腸亜全剝を行ない、 二次的に肛門再建の一症例

京都大学外科学教室第二講座（指導：木村忠司教授）

立 道 清・武 田 惇・恒 川 謙 吾

〔原稿受付 昭和41年4月20日〕

A Case Report of Fulminating Ulcerative Colitis

by

KIYOSHI TATEMACHI, JUN TAKEDA and KENGO TSUNEKAWA

From the 2nd Surgical Clinic, Kyoto University Hospital
(Director: Prof. CHUJI KIMURA)

This 14 years old boy was admitted to our clinic on June 16, 1964 with the symptoms of acute abdomen. He had been in the pediatric ward of our university hospital under the diagnosis of ulcerative colitis.

Laparotomy showed the colon was entirely congested, coated purulent, and there were several perforations in transverse and sigmoid colon. The colon was resected subtotally. Rectum was reserved ca. 10 cm in length in the small pelvic cavity and covered with peritoneum. Ileostomy was made.

For 2 weeks after the operation, he was in serious condition with anaemia and diarrhoea. Several times of massive anal bleeding occurred. But conservative therapy was successful and thereafter he recovered favorably. Patient gained weight considerably.

He was discharged 6 weeks after the operation.

Ten months after the first operation, he readmitted to our clinic for anal reconstruction. Ileostomy was closed and ileorectal anastomosis was performed. He is enjoying in his life except the tendency of diarrhoea.

We believe, as the emergency operation to some cases of the fulminating type of ulcerative colitis, radical operation is not necessarily demanded. Success of this case might be belong to our two step procedures.

緒 言

電撃型潰瘍性大腸炎の治療としては、外科手術が残された唯一のものとされているが、手術成績は芳しくなく、その術式及び術後管理に多くの問題が残されている。今回われわれは電撃型潰瘍性大腸炎に対して結腸亜全剝を行なつて治癒退院し、10ヵ月後に肛門再建を行なつた症例を経験したのでここに報告する。

症 例

患 者：14才 男子

主 訴：下痢，下血，腹部腫張及び疼痛，

現病歴：生来顔色はよくなかつたが，昭和39年4月頃より母親に特に顔色が蒼いと云われていた。同年6月初め何ら誘因と思われるものなくて，心窩部鈍痛を来たし，軟便及び排便時少量の下血に気付いた。6月18日（入院前8日）新鮮下血があり，便通1日6～7行となる。6月26日，本院小児科に入院した。入院後下痢は次第に強くなり，下血が持続し，貧血強度で

輸血を行ないつつACTH, コーチゾン等の使用を試みたが、効果が無かった。次第に結腸にそつて圧痛を認めるようになり、7月15日突然に排便量減少し、腹痛が強く、鼓腸を認め麻痺性腸閉塞の症状を呈した。16日朝、急激に汎発性腹膜炎の症状を来たして外科に転科した。

小児科入院中3回の便培養によって、細菌性及びアメラ赤痢、結核等は否定された。

既往歴・家族歴：特記すべきものはない。

術前所見：顔面蒼白、るい瘦甚だしく、腹部は著明に膨隆し、腹水の徴候強度で腹膜刺激症状が明らかであつた。急性腹症の診断のもとに緊急手術を行なつた。

手術所見：GOFによる全身麻酔下に開腹、腹腔内には糞臭を帯びた膿性腹水を多量に認め、結腸全体に膿苔が付着して、回腸末端約4cmを含めた全結腸の漿膜面は発赤、浮腫があり、図1に示す如く、S字状結腸の始めの部分及び横行結腸中央部に各5～6米粒大までの穿孔が認められた。回腸端をのぞく小腸、胃、肝臓、等には特変はなかつた。手術は回腸末端約10cmを含め、腹腔内直腸約3cmを残した全結腸の剔除を行ない、回腸末端で人工肛門を造設し、直腸断端は閉じて、これを腹膜で覆い、腹腔と残存直腸を遮断した。

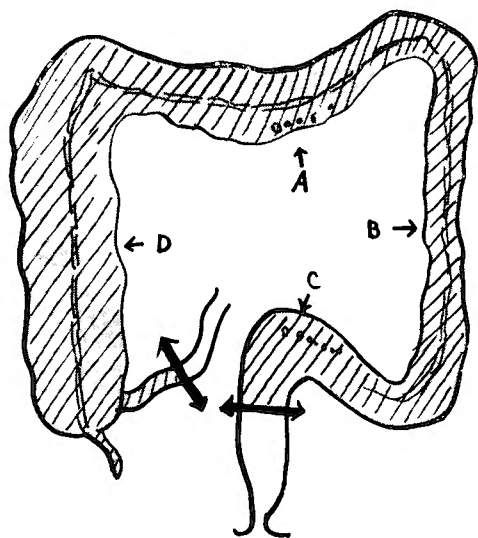
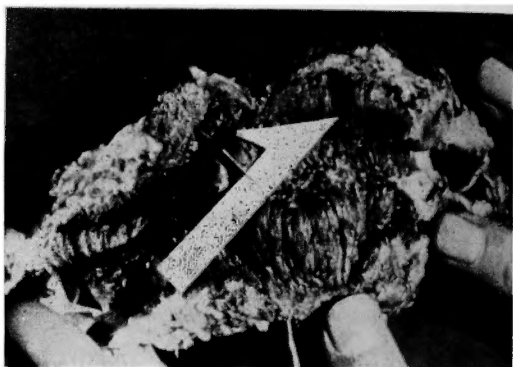


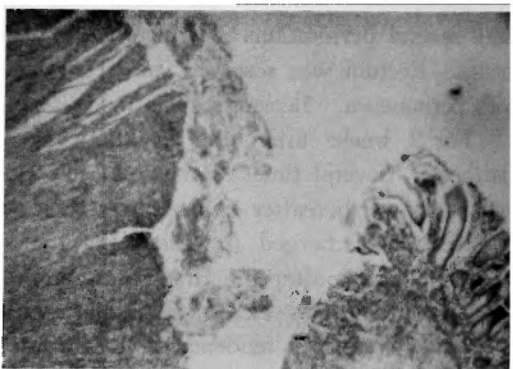
図1：結腸は全体に膿苔を附着し、発赤、浮腫が認められる。A、C点で米粒大までの穿孔があり、B点で壁の肥厚、管腔狭窄。D点で管腔の拡張がみられた。↔印は切除部位を示す。

副出標本：穿孔部では壁が薄く、管腔は拡張しており、下行結腸で壁の肥厚、管腔の狭窄が見られた、粘膜面は全体に浮腫、発赤があり、ところどころに膿苔、糜爛、点状出血が見られた。（写真I）

組織標本：穿孔部で下掘れのある潰瘍を形成し、炎症像が見られるが、特定疾患を示す所見はない。（写真II）



写真I：穿孔部では壁が薄く、管腔の拡張が見られる。



写真II：穿孔部では下掘れのある潰瘍を形成し、炎症像が見られるが特定の疾患を示す所見はない。

術後経過：一般状態は悪く下痢、下血があり時にショックに陥いるので、術後管理は電解質の計画的投与を中心に行なつた。術直後、血清カリウムは2.52mEq/Lと低い値であつたが、補液中K、1日50mEqより始めて漸次減少し、4週末には補液なしに正常値を取るに至つた。（表1）

その他、抗生剤、止血剤、フラシン液による局所洗浄及び肛門よりのヨードホルムガーゼタンポン等を行なつた。ACTH、Cortisoneは本症例の場合、穿孔の

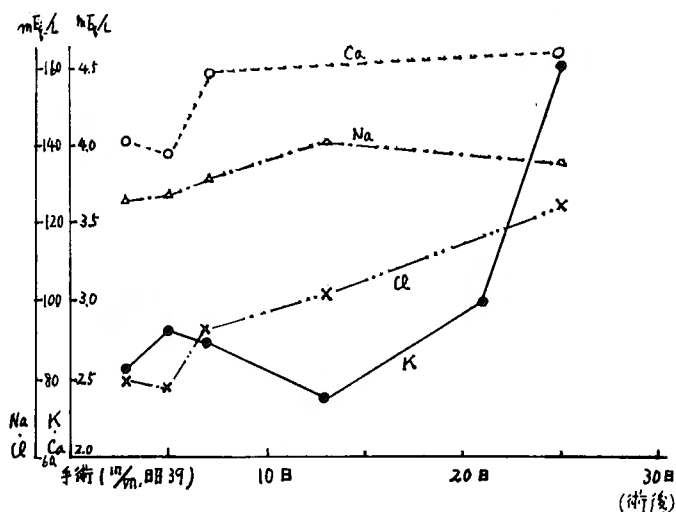


表1：血清電解質推移，電解質投与計画はKを中心に行ない，最初50 mEq per day で始め漸次減少したが，4週目に至り中止するも，全電解質は正常に戻っている。

原因としてその使用が疑われたので，術直後，全身状態改善の目的で一時的に使用したに止どめた。

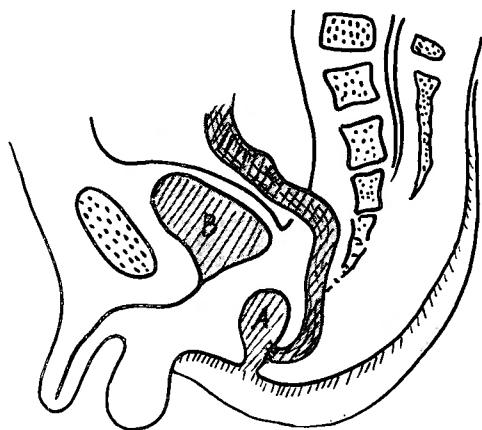
術後，肛門部より多量の新鮮下血があり，輸血を必要としたが，1週後には快方に向い，4週末で軽度認められる程度，退院時（6週目）には，もはや出血することはなかった。2週末に一度自然肛門より多量の新鮮下血があつたが，止血剤やタンポンで止血した。下痢は軟便と正常便が交互に現れる状態に固定され，体重は次第に増加し，6週後軽快退院した。

再建手術：右側腹部の人工肛門と不随意的な頻回の排便は，生活に不便であり，精神的にも大きな負担となつていたので，退院後10ヵ月，一般状態の改善，残存直腸に特変のないことを確めて，回腸末端と残された自然肛門をつなぐ，再建手術を行なうことにした。

従来，色々な術式が行なわれているが，この患者の場合，第1回目の手術の際に，肛門部より約15cmの直腸が残されていたのであり，これを利用することにした。

再建手術術式：正中切開で開腹，まず，右側腹部の人工肛門を切除閉鎖した。次いでダグラス窩より後腹膜を経て，仙椎にそい下降し，残存直腸に達した。（図Ⅱ）

直腸断端は10ヵ月の間に萎縮下降し，直腸は肛門部より約4cmを残すのみとなつていた。回腸を仙骨前面を通して直腸後壁，肛門括約筋の直上で図の如く端側



図Ⅱ：肛門再建術々式，回腸末端は，ダグラス窩より後腹膜を経て仙椎前面を下降させ，肛門括約筋の直上にて，残存直腸と端側吻合を行なう。A：残存直腸，B：膀胱。

吻合した。（Duhamel 氏手術変法）

術後経過：術後1日十数回の水様便があつたが，止瀉剤の投与で次第に回数は減り，性状も正常便に近づく。然し，食後または食物の種類によつては，下痢便が見られた。局所の糜爛が生じたが，軟膏による局所治療で治癒した。

考 察

本邦においては，従来少ないと云われていた潰瘍性

大腸炎も、次第に増加の傾向にあり、そのうちで電撃型に関する報告も時に見られるが、手術成功例は少ないようである。多数の患者を持つ米国においてすら80%~85%という高い死亡率が報告されている。

その理由として挙げられているものは、1)非常に不利な全身状態のもとで緊急手術が行なわれること、2)術後管理の困難さ、特に電解質の unbalance、3)残存部よりの再発及び腹腔内合併症、等である。

これらに関連して問題になるのは、結腸を直腸も含めて一次的に全切除すべきか否かという点である。これまでの報告に見られる、慢性潰瘍性大腸炎に対するアズノール注腸液やコーチソンの注腸効果、更には本症例におけるフラシン液による洗浄の効果等を考え合せて、劣悪な全身状態下に最少限の侵襲で所期の目的を達しようとする場合、「腹腔内結腸の全切除及び残存直腸に対する保存的局所療法」という方向は追求されてよいと考える。

次いで肛門の再建であるが、この患者の場合、肛門括約筋は残っており、それを利用しての術式を検討した結果、Duhamel 氏術式の変法を用いた。この際、残存直腸粘膜よりの再発が問題となるが、残存直腸は10ヵ月を経て異常がないこと、一般状態が非常に良かったことから、この術式を選んだわけである。

Gordon 等の発表した直腸粘膜を切除し、回腸粘膜を移植する方法は、理論的であり、興味あるものであるが、もし残存直腸に再発の危険性がないならば、必ずしも必要とはされないのではないかと考える。

結 語：以上われわれは、14才男子の電撃型潰瘍性大腸炎に結腸全切除を行ない、10ヵ月後二次的に肛門再建を行なった一例を報告した。

本症例に関しては、前半を昭和39年11月近畿外科学会で、後半肛門再建術に関する部分は昭和40年5月21日京都外科集談会で発表した。

文 献

- 1) Waugh, J. M. et al. : Surgical Management of Chronic Ulcerative Colitis, Arch. of Surg., **88** : 556, April. 1965.
- 2) Mc Lenathern C. W. et al. : Surgical Treatment of Ulcerative Colitis ; A Comparison of Single Stage Coloproctomy with other Procedures, Amer. J.S., **103** : 42, 1962.
- 3) 松永藤雄, 他 : 潰瘍性大腸炎の研究. 日本内科学会雑誌, **48** : 722, 1959.
- 4) 並木正義, 他 : 潰瘍性大腸炎に対するアズノール注腸液の使用経験—とくに内視鏡的観察を中心に. 外科宝函, **10** : 276, 1963.
- 5) Goligher, J. C. : Surgical Treatment of Ulcerative Colitis, Brit. M.J., **1** : 151, 1961.
- 6) Lambling, A., et al. : Severe Forms of Haemorrhagic Ulcerative Colitis—Indications for Primary Surgical Treatment, Sem. hôp Paris, **32** : 53, 1956.
- 7) Gordon, H. E. et al. : Replacement of the Colon Mucosa in the Dog, J. Surg. Res., **3** : 354, 1963.
- 8) Ravitch, M. M. et al. : Anal Ileostomy with Presentation of the Anal Sphincter : A Personal Operation in Patients requiring total Colectomy for benign Lesions. Surg. Gyn. Obst., **84** : 1095, 1947.
- 9) 高山有道, 他 : 潰瘍性大腸炎の1例, 小児科紀要, **10** : 373, 1964.